

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS
TRAUMATISMOS ABDOMINALES ABIERTOS

ETIQUETA CON LOS
DATOS DEL PACIENTE

Nº Historia: _____
D./Dña.: _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____
y D.N.I. nº _____

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____ en calidad de _____
de _____

DECLARO:

Que el/la Doctor/a D./Dña.: _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una intervención quirúrgica debido al traumatismo abdominal penetrante en el abdomen, con la posibilidad de tener lesiones viscerales o vasculares, que padezco.

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende explorar el abdomen, evaluar las posibles lesiones y tratar las mismas.
La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
- 2.- El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general, y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.
- 3.- Hay consenso general en que las heridas por arma de fuego precisan siempre de intervención por la altísima frecuencia de lesiones que se producen. En las heridas por arma blanca, puede estar indicado el tratamiento expectante si la evaluación inicial y las pruebas diagnósticas no aprecian patología, pero cambios clínicos o sospecha clínica o en las pruebas diagnósticas de afectación de órganos intraabdominales, pueden hacer necesaria la intervención quirúrgica.
- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: hemorragias, fístulas intestinales, abscesos intraabdominales, pancreatitis, etc. Además, la suma de lesiones intraabdominales y de otros sistemas (cerebro, tórax, etc) empeoran el pronóstico.
Pueden existir otros efectos secundarios todavía pendientes de evidenciar.

Estoy al corriente de que la cirugía no es una ciencia exacta y que por tanto no se me pueden garantizar los resultados.

Si durante la práctica de la citada intervención surgiera alguna situación imprevista, autorizo y solicito asimismo al cirujano para tomar cualquier medida que estime necesaria.

- 5.- El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como _____
(aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa).

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como _____

6.- El médico me ha explicado que en mi caso no existe una buena alternativa terapéutica para mi enfermedad.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TRAUMATISMOS ABDOMINALES ABIERTOS**

En Teruel, a ____ de _____ de _____

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº . _____

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº . _____ en calidad de

_____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Teruel, a ____ de _____ de _____.

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado